



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARÍA DE CONCEJO

Memorandum N° 009

As. Ses.

De: Secretario Municipal
A: Jefe Dpto. Admn. y Finanzas
Sra. Jeannette Ruiz Maureira
c.c: Secretaría de Concejo
Fecha: Angol, 01 de Octubre de 2018.-

- 1.- Por intermedio del presente, me permito comunicar a Ud. la asistencia de los Sres. Concejales del mes de **SEPTIEMBRE 2018**, para la confección de la Planilla de Pago:

Concejales	Sesiones Ordinarias			Total
	04/09	11/09	25/09	
AMÉRICO LANTAÑO MUÑOZ	X	X	X	3
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	--	--	--	--
MAXIMILIANO RADONICH RADONICH	X	X	X	3
MARGARET MOLINA GALLEGOS	X	X	X	3
SERGIO PAREDES MONTOYA	X	X	X	3
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	X	X	X	3

Cabe señalar que la Concejala **Bernarda Valenzuela Aburto**, no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Septiembre, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, N° 58188000 por 30 días, desde el 04.09.2018 al 03.10.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra, la cual se adjunta.

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Septiembre de 2018.

Atentamente;



MARIO BARRAGAN SALGADO
CONTADOR AUDITOR
SECRETARIO MUNICIPAL
Ministro de Fe

MBS/yfc.-



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

2018



Certificado

MARIO BARRAGÁN SALGADO, Secretario Municipal y Ministro de Fe del H. Concejo Municipal, certifica:

Que, los Sres. Concejales que se indican en Planilla de Asistencia, han asistido a 3 Sesiones Ordinarias del Concejo Municipal, desde su inicio al término de ellas, las que se informan.

- Sesión Ordinaria N° 25 de fecha 04.09.2018
- Sesión Ordinaria N° 26 de fecha 11.09.2018
- Sesión Ordinaria N° 27 de fecha 25.09.2018

Cabe señalar que la Concejala Bernarda Valenzuela Aburto, no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Septiembre, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, N° 58188000 por 30 días, desde el 04.09.2018 al 03.10.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra, la cual se adjunta.

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Septiembre.

Otorgado en Angol, a 01 día del mes de Octubre de 2018.

MBS/yfc



La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PUBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Form fields for worker identification: APELLIDO PATERNO (VACENFUJUA), APELLIDO MATERNO (ARZUNO), NOMBRES (MARIA DEL ROSARIO), FECHA EMISION LICENCIA (05/09/18), FECHA INICIO DE REPOSO (04/09/18), FECHA DE NACIMIENTO (29/01/74), EDAD (44), SEXO (F).

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales. (Arts. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

Form fields for child identification: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO, RUN.

A.3. TIPO DE LICENCIA

Form for license type selection: 1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN, 2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA, 3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL, 4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO, 5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO, 6= ENFERMEDAD PROFESIONAL, 7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO. Includes fields for recuperability and start date.

A.4. CARACTERISTICAS DEL REPOSO

Form for rest characteristics: 1= REPOSO LABORAL TOTAL, 2= REPOSO LABORAL PARCIAL. Includes fields for location (SU DOMICILIO, HOSPITAL, OTRO DOMICILIO), address, and phone numbers.

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

Form for professional identification: APELLIDO PATERNO (ESPINO), APELLIDO MATERNO (SU), NOMBRES (CRISTINA CRISTINA), ESPECIALIDAD (1= MEDICO), DIRECCION Y COMUNA DEL LUGAR DE EMISION (BUZINA, Aynul), REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL (14643-9), CORREO ELECTRONICO (medic@medicosiquiatra.cl), RUT (7.097.487-8), RCM (14643-9).

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORIA MEDICA-COMPIN e ISAPRES

Form for employer/dependent worker signature and stamp: NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE.

Table for recording previous licenses: TOTAL DIAS, DESDE (DIA, MES, AÑO), HASTA (DIA, MES, AÑO).

C.4. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES (INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE)

Form for recording previous licenses in the last 6 months.